

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

выполнить пункцию и катетеризацию (по Сельдингеру) полости перикарда с последующей эвакуацией перикардального выпота.

Данное предложение может быть использовано во всех онкологических и общесоматических клиниках, где оказывают помощь пациентам, страдающим экссудативным перикардитом при имеющейся угрозе тампонады сердца.

Литература:

1. Фейгенбаум, Х. Эхокардиография / Х. Фейген-

баум / перевод с англ. под ред. В.В. Митькова. – М.: Видар, 1999. – 512 с.

2. Михайлович, В.А. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко [и др.]; под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – 4 изд., перераб. и дополн. – СПб.: Невский диалект, 2008.

3. Никитина, М.Н. Способ перикардиоцентеза с дренированием полости перикарда под контролем ультразвукового исследования // Удостоверение на рац. предложение № 61. Утв. ВГМУ 15.09.2010 г.

ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПАРАМЕТРЫ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЮНОШЕЙ

Поплавец Е.В., Немцов Л.М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. В последние годы значительно возрос интерес клиницистов к наследственным дисплазиям соединительной ткани (ДСТ) в связи с высокой распространенностью данной патологии [2,3]. Имеется достаточное количество работ, доказывающих усугубляющую роль соединительнотканной дисплазии в формировании различных видов соматической патологии, в том числе и органов пищеварения [2,3]. По мнению ряда авторов, у пациентов с врожденной «слабостью» соединительной ткани наблюдается более низкий порог возникновения тревоги в виде повышения индекса личностной тревожности по шкале Спилберга, что отражает их конституционально-генетические особенности [1]. Особенно актуально это для юношей при решении экспертных вопросов годности к военной службе.

Целью данной работы явилось изучение эффектов влияния признаков дисплазии соединительной ткани на параметры психовегетативного статуса и субъективную оценку функции органов пищеварения у юношей призывного возраста.

Материал и методы. Проведено одномоментное поперечное обследование 239 юношей призывного возраста (16-27 лет): с синдромом функциональной диспепсии – 74, эрозивно-язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки – 52, группа контроля – 113. Средний возраст пациентов составил 19,0 (18,0÷21,0) года.

Группы пациентов сформированы по результатам анкетирования с помощью стандартного вопроса GSRs (Revicki D.A. et al., 1998), оценивавшего показатели субъективной клинической симптоматики патологии органов пищеварения. Объективную клиническую симптоматику оценивали по данным физикального и инструментального обследования.

Все проявления наследственных нарушений со-

единительной ткани (ННСТ) классифицировались согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (Москва, 2009). Критерием исключения было наличие дифференцированных форм соединительнотканной дисплазии (синдромов Морфана, Элерса-Данло, гипермобильности суставов). Наличие 2-3 признаков расценивалось как повышенная диспластическая стигматизация (ПДС), наличие четырех и более признаков расценивали как синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

В качестве альтернативного метода тяжесть синдрома ДСТ верифицировали по критериям оценки внешних фенотипических признаков Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985).

Наличие вегетативной дисфункции (ВД) устанавливали с помощью опросника А.М. Вейна (1998) с оценкой в баллах. Для оценки (в баллах) психовегетативного статуса применен психологический опросник Спилберга-Ханина с определением уровней личностной и ситуационной тревожности.

Статистическая обработка полученных данных проведена средствами пакета MS Excel и статистического пакета Statistica 6.0 RUS.

Результаты и обсуждение. При оценке распространенности признаков дисплазии соединительной ткани в обследованных группах ранговый анализ вариаций по Краскелу-Уолису не выявил достоверных отличий при наличии патологии гастродуоденальной зоны у юношей призывного возраста как по оценке по Милковска-Димитровой и А. Каркашеву так и по Российским национальным рекомендациям ($p > 0,05$).

По данным однофакторного дисперсионного анализа, эффект наличия гастродуоденальной патологии вносит вклад в дисперсию в сторону увеличения числа признаков ДСТ в 10,5% случаев ($p = 0,0002$) в основном при синдроме функциональной диспеп-

сии (в 14,9% случаев при $p < 0,0001$). Эффект наличия эрозивно-язвенной патологии вносит вклад в дисперсию по увеличению числа признаков ДСТ в 7,4% случаев ($p = 0,01$). Статистически значимых различий эффектов влияния между подгруппами с синдромом функциональной диспепсии и эрозивно-язвенной патологии на изменение числа признаков ДСТ не выявлено ($p > 0,05$).

При наличии гастродуоденальной патологии наибольший эффект влияния оказывают костные и висцеральные признаки ДСТ, который составляет 6,3% (при синдроме функциональной диспепсии – 8,1%, при эрозивно-язвенной патологии – 7,6% ($p < 0,01$)). Эффекта влияния кожных, мышечных, суставных и глазных признаков на наличие гастродуоденальной патологии не выявлено ($p > 0,05$).

По данным многофакторного дисперсионного анализа, при наличии увеличенного числа признаков ДСТ более выражены параметры психовегетативного статуса (вегетативные изменения, личностная и ситуационная тревожность) у юношей призывного возраста как с гастродуоденальной патологией, так и без нее, что совпадает с результатами многих исследователей [1,3]. В нашем исследовании, при наличии четырех и более признаков ДСТ при оценке согласно Российским национальным рекомендациям, наблюдалось более выраженное увеличение уровней ситуационной и личностной тревожности в подгруппе с эрозивно-язвенной патологией и увеличение дисперсии данных признаков в подгруппе с синдромом функциональной диспепсии и группе контроля. Причем, достоверное влияние сочетания наличия гастродуоденальной патологии и признаков ДСТ выявлено на уровень личностной тревожности (F-критерий=2,6 при $p = 0,04$) и выраженность вегетативных изменений (F-критерий=3,3 при $p = 0,02$). Значимого эффекта влияния сочетанного проявления гастродуоденальной патологии и признаков ДСТ на выраженность ситуационной тревожности не выявлено (F-критерий=2,1 при $p > 0,05$), но при этом доля вклада изолированного эффекта наличия признаков ДСТ в дисперсию выраженности ситуационной тревожности составляет 28,8%, что практически в 2 раза превышает эффект влияния самой гастродуоденальной патологии (12,7%) на выраженность данного признака.

Субъективная оценка функции органов пищеварения по данным многофакторного дисперсионного анализа при наличии повышенного числа признаков ДСТ достоверно выше по всем обследованным группам ($p < 0,05$). При этом доля влияния наличия гастродуоденальной патологии на выраженность

диспептического, рефлюксного и болевого синдрома составляет в среднем 50,0% (диспептического – 54,3% при $p < 0,05$, рефлюксного – 47,8% при $p < 0,001$ и синдрома абдоминальной боли – 48,0% при $p < 0,005$). Оставшаяся половина доли влияния (50,0%) на выраженность данных синдромов приходится на признаки дисплазии соединительной ткани. Изолированного влияния признаков дисплазии соединительной ткани на выраженность диарейного и констипационного синдрома при наличии гастродуоденальной патологии не выявлено, но по данным многофакторного дисперсионного анализа при наличии сочетания гастродуоденальной патологии с повышением числа диспластических фенотипов выраженность данных признаков также возрастает (особенно в подгруппе с эрозивно-язвенной патологией).

Выводы:

При наличии патологии гастродуоденальной зоны наблюдается увеличение числа как внешних, так и висцеральных признаков ДСТ. Эффект наличия гастродуоденальной патологии вносит вклад в дисперсию в сторону увеличения числа признаков ДСТ в 10,5% случаев ($p = 0,0002$) в основном при синдроме функциональной диспепсии (в 14,9% случаев при $p < 0,0001$).

Наибольший эффект на наличие гастродуоденальной патологии оказывают костные и висцеральные признаки ДСТ, который составляет 6,3% (при синдроме функциональной диспепсии – 8,1%, при эрозивно-язвенной патологии – 7,6% ($p < 0,01$)).

При наличии увеличенного числа признаков ДСТ более выражены ($p < 0,05$) параметры психовегетативного статуса (вегетативные изменения, личностная и ситуационная тревожность) и субъективная оценка функции органов пищеварения у юношей призывного возраста как с гастродуоденальной патологией, так и без нее, что обеспечивает вариантность проявлений данной патологии.

Литература:

1. Клеменов, А.В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А.В. Клеменов // Клини. Мед. – М., 2003. – Т. 81, № 10. – С. 4–7.
2. Рудой, А.С. Дефиниции дисплазии соединительной ткани / А.С. Рудой, Т.А. Нехайчик // Воен. медицина. – 2009. – №3. – С. 24–27.
3. Трисветова, Е.Л. Клинические проявления при недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Е.Л. Трисветова. // Здоровоохранение. – 2007. – № 4. – С. 46–49.